

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 118

FONCTIONNEMENT

DE LA

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

EN 1924

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1925

PAR

Marie-Louis-Jean-Marcel GUICHAMANS

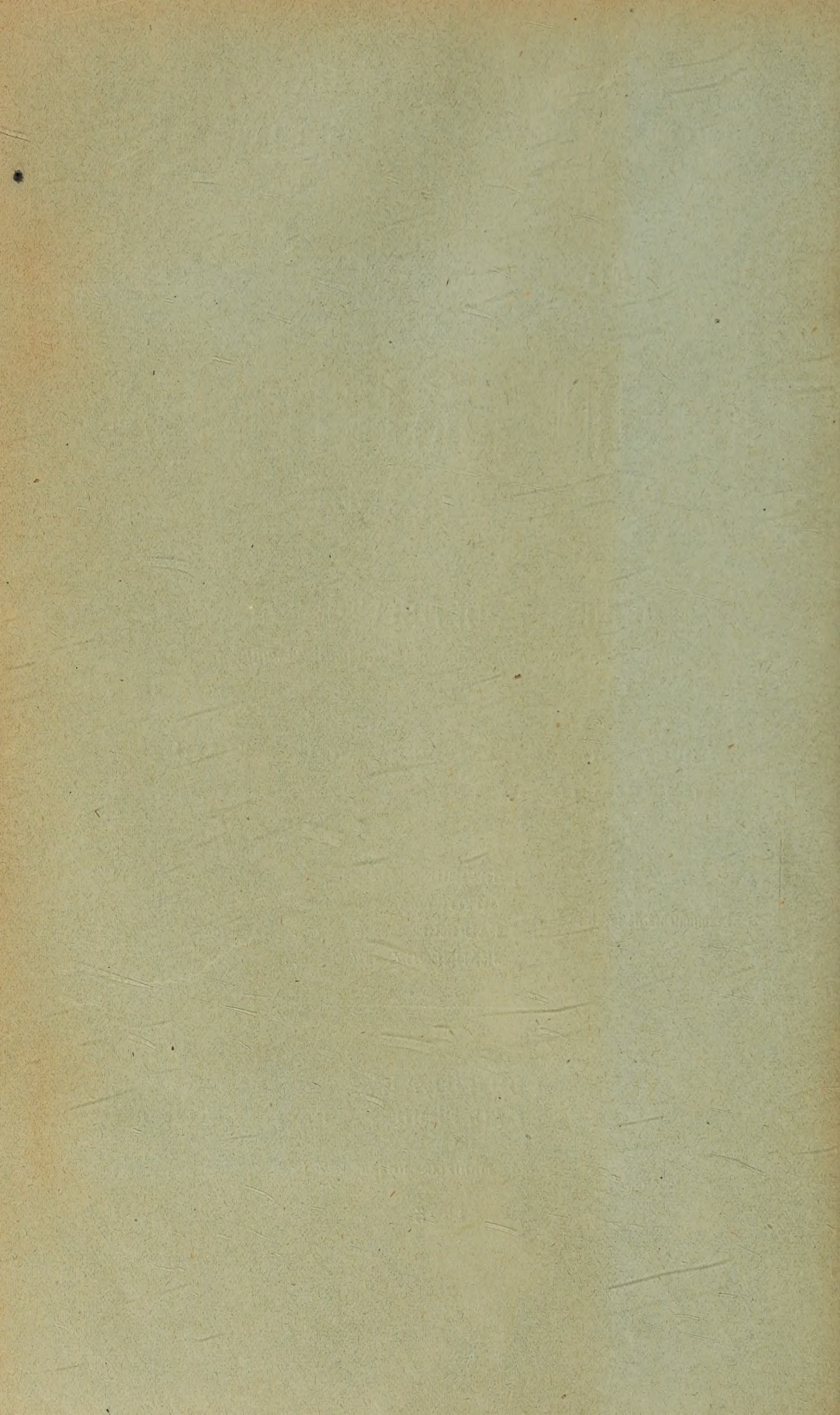
Né à ARZACQ (Basses-Pyrénées), le 29 novembre 1897.

Examineurs de la Thèse	}	MM. RIVIÈRE, professeur.....	<i>Président.</i>	
		GUYOT, professeur	}	
		FAUGÈRE, agrégé		<i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 118

FONCTIONNEMENT

DE LA

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

EN 1924

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1925

PAR

Marie-Louis-Jean-Marcel GUICHAMANS

Né à ARZACQ (Basses-Pyrénées), le 29 novembre 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		FAUGÈRE, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires..	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales..	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RIVIÈRE

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter de présider notre thèse.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre profond respect.

AVANT-PROPOS

Le conseil que m'a donné mon père de demander à mon maître d'obstétrique un sujet de thèse est des plus judicieux. Une longue pratique dans le milieu rural où il exerce depuis de longues années lui a appris, en effet, que de toutes les branches de la médecine, l'obstétrique est celle qui doit être le mieux connue du médecin de campagne. Livré à lui-même, en effet, loin de tous spécialistes en la matière, il doit faire à la hâte un diagnostic précis, prendre une décision, l'exécuter avec sûreté en protégeant, suivant les données exactes, la vie de ces deux êtres également chers au cœur de l'homme : une mère et son enfant.

De toutes les thèses qui pouvaient m'échoir, aucune ne pouvait m'être plus agréable que celle qui nous permet de mettre en relief dans un travail d'ensemble l'effort quotidien d'un maître éminent, de collaborateurs et de collaboratrices attachés de tout leur cœur à cette œuvre de protection sociale qu'est la clinique obstétricale.

Le travail actuel va essayer de montrer qu'à Bordeaux, grâce aux efforts de tous, et surtout à la science et au dévouement du professeur Rivière, le but a été entièrement atteint.

FONCTIONNEMENT

DE LA

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

EN 1924

INTRODUCTION

Si l'on consulte les rapports des chefs de service de clinique obstétricale, on est frappé de l'augmentation de plus en plus grande des femmes qui viennent y accoucher.

Ceci n'est pas, comme on serait tenté de le penser, au détriment de la Maternité départementale qui conserve à peu près un nombre égal d'accouchements.

On ne peut cependant pas penser que c'est parce que la natalité fut supérieure en 1922 ou 1923.

Il faut sans doute qu'il y ait d'autres facteurs qui interviennent.

C'est ce que nous allons essayer de rechercher dans un premier chapitre. Nous étudierons ensuite le fonctionnement proprement dit de la clinique obstétricale.

Passons rapidement sur les accouchements simples. Nous étudierons plus spécialement les dystocies qui ont été observées dans la clinique.

Les interventions obstétricales formeront un autre chapitre. Enfin, nous étudierons les suites de couches et la mortalité.

Mais le travail ne serait pas complet si nous ne nous efforcions de donner un compte rendu des travaux scientifiques faits dans cette clinique, si nous ne faisons pas un exposé succinct de ces recherches, la plupart inspirées par M. le professeur Rivière, que nous sommes heureux de remercier publiquement de l'honneur qu'il nous a fait en donnant ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Causes d'accroissement du nombre d'accouchements à la Clinique obstétricale.

Si l'on se reporte aux comptes rendus des chefs de service, on constate que depuis 1919 le nombre des accouchements à la Clinique obstétricale a presque doublé.

Rappelons simplement quelques chiffres :

1919 : 532 accouchements.

1920 : 606 accouchements.

1921 : 697 accouchements.

1922 : 726 accouchements.

1923 : 764 accouchements.

1924 : 861 accouchements.

Ce dernier chiffre est suffisamment éloquent pour se passer de commentaires.

Il nous semble juste de penser que cette augmentation tient à ce que les femmes sont plus prévenues que jadis des accidents toujours possibles au cours de l'accouchement.

Disons immédiatement que c'est là le résultat des consultations, œuvres d'assistance à la femme enceinte.

Nous n'entreprendrons pas ici l'énumération de toutes les consultations. Elles furent exposées dans un magistral rapport par M. le professeur Maurice Rivière au Congrès national de la natalité en 1923. Cependant, nous citerons les chiffres de la consultation qui fut réorganisée en 1924 à la Clinique obstétricale.

Elle est faite les lundi, mercredi et vendredi.

Depuis le mois de mars 1924 au 31 décembre de la même année, il y a été examiné 492 femmes.

La consultation de l'Institut d'hygiène local de la Compagnie du Midi, fondée le 1^{er} mai 1924, a déjà vu passer 200 femmes enceintes différentes.

La consultation de la crèche des tramways de Bordeaux, conçue et organisée par le docteur Maurice Favreau, a également reçu un nombre très important de femmes qui sont, dans les cas de dystocies, dirigées vers la Clinique.

Le doyen de ces consultations : le Dispensaire de la rue Cabirol, avec ses deux filiales de La Bastide et du cours Saint-Louis, reçoivent la visite d'un minimum de 1.000 femmes par an.

Elle est dirigée par M. le professeur Andérodias à la rue Cabirol et MM. les docteurs Rivière et Gauthier à La Bastide.

La maison de santé protestante assure également une consultation de femmes enceintes avec une succursale à Bagatelle. Ces deux consultations ont permis d'examiner avant leurs couches environ 500 femmes; c'est donc le chiffre imposant de plus de 2.300 femmes examinées dans ces divers dispensaires.

En y ajoutant les 600 environ de la Maternité, on arrive à trouver 2.900 femmes suivant ces consultations gratuites.

Il n'est pas étonnant, après cela, de voir ces femmes venir accoucher aux maternités spécialement organisées pour cela et nous ne pouvons que prévoir une augmentation sans cesse croissante du nombre d'accouchements aux maternités.

La ville de Bordeaux fait en ce moment édifier une nouvelle clinique obstétricale, nous ne voulons pas être mauvais prophète, mais nous croyons que le nombre de lits prévus dans ces nouveaux locaux et égal au nombre ancien sera bientôt absolument insuffisant.

Si nous ajoutons que beaucoup de dystocies viennent de la campagne aux maternités bordelaises, on ne s'étonnera plus de leur encombrement perpétuel et sans cesse croissant.

Mais la vraie raison d'accroissement de la clientèle hospita-

lière est, il ne faut point le céler, les avantages immenses, matériels et moraux que les parturientes trouvent à la clinique. Organisation bonne, toujours améliorée par un chef de service désireux de la perfection, secours opératoire immédiat et, pour-quoi ne point le dire, l'assurance d'avoir, dans les suites de couches, une tranquillité absolue que les femmes du peuple n'ont point chez elles.

Le nombre total des accouchements durant l'année 1924 a été, nous l'avons déjà dit, de 861.

811 accouchements à terme;
 40 prématurés spontanés;
 1 prématuré provoqué;
 5 avortements.

Présentations.

1° Sommet :

O. I. G. A.	470
O. I. G. T.	31
O. I. G. P.	18
O. I. D. P.	267
O. I. D. T.	16
O. I. D. A.	15

2° Sièges complet :

S. I. G. A.	5
S. I. G. T.	2
S. I. D. P.	3

Sièges décomplété :

S. I. D. A.	5
S. I. D. P.	4

3° Épaule :

Dorso antérieur	1
Dorso postérieur	1

4° Face :

M. I. D. P.	1
M. I. G. A.	1

Les multipares étaient au nombre de 500.

Les primipares étaient au nombre de 357.

Ces accouchements ont donné :

435 garçons;
 425 filles.

CHAPITRE II

Avortements.

Les avortements étant tous dirigés sur Canolle, on ne trouve que 5 observations.

OBS. 535. — 4 mois 1/2. IV-pare. A présenté des hématuries. On lui fait une laparotomie. On trouve un œuf. On referme. Avortement peu après.

OBS. 746. — 4 mois 1/2. Spécifique. III-pare. A déjà fait un avortement de six mois et un accouchement prématuré de huit mois

OBS. 768. — 4 mois 1/2. IV-pare. A déjà fait un avortement de trois mois.

OBS. 769. — 5 mois 1/2. III-pare. Une grossesse gémellaire.

CHAPITRE III

Accouchements prématurés spontanés (39 obs.)

Age de la grossesse des accouchements spontanés :

A 8 mois, 17;

A 7 mois, 17;

A 6 mois, 5.

Ces femmes présentaient les états pathologiques suivants

Syphilis (6 obs.);

Albuminurie (6 obs.);

Hémorragie (4 obs.);

Insertions basses (3 obs.);

Gémellaires (3 obs.);

Petites membranes (2 obs.);

Fatigues (3 obs.);

Grippe (1 obs.);

Fibromes (3 obs.).

Enfin, 12 de causes inconnues.

CHAPITRE IV

Les dystocies.

Nous étudierons successivement les dystocies maternelles et les dystocies fœtales.

Dystocies maternelles.

Celles-ci, à leur tour, relèvent :

- 1° De la conformation du bassin ;
- 2° De la conformation des parties molles ;
- 3° Des maladies générales.

1° Les premières sont les plus importantes tant au point de vue de leur nombre que des difficultés qui en résultent pour l'accouchement.

Il s'agit le plus souvent de bassins viciés par rachitisme, plus rarement de bassins coxalgiques ou viciés par des luxations congénitales.

Au cours de l'année 1924, nous devons signaler :

- 38 bassins aplatis ou rétrécis par rachitisme ;
- 1 bassin asymétrique par luxation unilatérale de la hanche.

Dans ces divers cas de dystocies, nous relevons :

- Accouchements spontanés, 19 ;
- Forceps, 6 ;
- Césariennes, 14.

Toutes ces césariennes avaient pour cause des bassins rétrécis ; 3 furent faites en cours de travail, 11 avant tout début de travail ; les résultats en furent des plus satisfaisants dans tous les cas tant pour la mère que pour l'enfant.

Pour la première fois à Bordeaux, M. Marc Rivière, chef de clinique obstétricale, fit deux de ces césariennes selon la méthode de Portes.

Il s'agissait de deux femmes qui avaient perdu les eaux et qui faisaient de la température.

Nous rappelons très brièvement la technique de cette opération et nous relèverons les deux observations des malades ainsi traitées.

Comme pour une césarienne classique, une laparotomie, on extériorise l'utérus, puis on referme avec des points d'argent derrière l'utérus. Ce temps doit être fait le plus rapidement possible à cause de la souffrance fœtale.

On ouvre alors l'utérus, on retire l'œuf, puis on suture les parois par des points séparés ; au-dessus, un sujet ; on le laisse extériorisé jusqu'à ce que la malade ne fasse plus de température.

Alors, dans un second temps, on le réintègre.

Première malade. — Il s'agissait d'une femme de 19 ans, primipare, à bassin rétréci (promontoire, 11 centimètres).

Entrée en travail le 20 novembre. Le 21, à 9 heures, la dilatation est de 5 francs, la poche des eaux se rompt au cours d'un toucher.

Malgré de nombreuses douleurs, la dilatation ne progresse pas, le col tend à s'œdématier.

La tête, mal fléchie, reste au-dessus du détroit supérieur. On décide d'intervenir.

A 19 heures, on fait le premier temps d'une opération de Portes. Enfant vivant de 3 kil. 400.

Par la suite, la température s'élève progressivement, atteint 40 degrés le 5 décembre. Puis chute en lysis.

Deuxième temps de l'opération : Le 14 janvier, réintégration de l'utérus.

Laparotomie médiane. Libération d'adhérences épiploïques lâches.

Le 20 février, la malade sort guérie.

En mars, la malade a fait savoir que ses règles étaient réapparues.

Deuxième malade. — Primipare, 29 ans. Bassin rétréci. Entre le 17 décembre à 17 heures à la clinique, ayant perdu les eaux le matin à 7 heures.

Pas de contractions, le liquide amniotique continue à s'écouler. Tête mobile au détroit supérieur, col entier.

Le 18 décembre 1924, contractions douloureuses et très rapprochées.

Malade agitée, morphine.

A 19 heures, la température monte à 37°4.

Dilatation de 1 franc. La tête reste au détroit supérieur. Bruits du cœur bons.

On décide l'intervention par voie haute.

Premier temps : A 20 heures, césarienne classique. Extériorisation de l'utérus à la manière de Portes. Pansement fait à l'huile goménolée.

La malade n'est pas très shockée.

Enfant vivant de 2 kil. 800.

Par la suite, pansements quotidiens; la fièvre monte jusqu'à 38°8, l'involution utérine se fait régulière.

Deuxième temps : Le 28 janvier 1925, réintégration de l'utérus.

Le 15 février 1925, la malade quitte la clinique, guérie.

En mai 1925, la malade est revue. Elle est de nouveau réglée.

2° Dystocies dues aux parties molles. — Nous relevons :

Placenta prævia, 4 ;

Inertie utérine, 3 ;

Fibromes, 7 ;

Kyste du parovaire, 1.

1° Placenta prævia. — Parmi les 4 placentas prævias, nous citerons :

Obs. I. — Accouchements spontanés après le ballon.

Obs. II. — Version par manœuvre interne (Mauriceau), enfant mort.

Obs. III. — Ballon, puis forceps. Enfant vivant.

Obs. IV. — Siège décomplété mode des fesses, accouche d'un enfant mort-né sans qu'on abaisse le pied:

2° *Fibrome*. — Sur les 7 accouchements, on trouve 2 sièges (obs. 3 et 524), enfant mort-né. Dans les 5 autres, 1 seul nécessite le forceps (obs. 711). Tous les enfants vécurent.

3° *Insertions basses* (4 obs.) :

Obs. 594. — 29 ans. Dilatation bimanuelle de Bonnaire, puis forceps. Enfant vivant.

Obs. 603. — Primipare, 26 ans, accouchement spontané.

Rupture prématurée des membranes.

Circulaire lâche, enfant vivant.

Obs. 654. — Secondipare. Enfant bien portant.

Obs. 652. — Primipare. Forceps pour inertie. Enfant vivant.

3° **Procidences** (7 obs.) :

Obs. 37. — Présentation transversale, récidivant chez une femme ayant subi la laparotomie.

Version par manœuvre interne. Enfant mort.

Obs. 55. — Bassin rétréci, accouchement spontané, enfant mort.

Obs. 98. — Enfant vivant (Forceps O. I. D. P.).

Obs. 524. — Siège. Enfant mort. Spécifique. Échec de la version.

Obs. 554. — Enfant vivant. Accouchement normal O. I. G. A.

Obs. 597. — XII-pare. Siège. Enfant vivant.

Obs. 660 *bis*. — Front. Forceps. Enfant mort.

4° **Maladies générales**. — Ces maladies générales ont nécessité un forceps pour éviter aux malades la fatigue de la période d'expulsion.

Pour tuberculose (2 obs.).

Pour encéphalite léthargique (1 obs.).

Pour syphilis (20 obs.).

Pour urémie et éclampsie (4 obs.)

Pour albuminurie (19 obs.).

a) *Tuberculose* (Obs. 796) : 28 ans, troisième enfant ; accouchement normal. Les trois grossesses n'ont pas aggravé son état.

b) *Syphilis* : Dans les 20 observations, nous relevons :

Enfants vivants, 3 ;

Enfants mort-nés, 15 ;

Enfants morts après naissance, 2.

c) *Éclampsie* : Signalons l'observation 267 :

Primipare. Arrive à la clinique dans le coma. 12 grammes d'albumine. On fait une saignée sans résultat. Application de forceps. Enfant mort. Une demi-heure après, mort de la mère.

L'observation 614 :

Primipare. Application de forceps. Enfant mort. Saignée sans résultat. Mort quatre heures après l'accouchement.

d) *Albuminurie* : Parmi les 19 observations, nous notons :

Enfants morts, 8 ;

Enfants vivants, 11 ;

Accouchements à terme, 15 ;

Accouchements prématurés, 4.

Obs. 33. — Primipare. Application de forceps pour inertie utérine. Enfant vivant.

Obs. 95. — 30 ans. II-pare. Grossesse à huit mois. Grippe pulmonaire. Version. Enfant vivant.

Obs. 108. — 34 ans. VII-pare. Accouchement prématuré à six mois. Grossesse gémellaire. 2 garçons morts.

Obs. 345. — 26 ans. II-pare. Présentation du front. Dystocie anulaire de Demelin. Réduction en sommet. Forceps au-dessus du détroit supérieur. Enfant vivant.

Obs. 699. — 31 ans. Grossesse gémellaire. Fœtus araignée. Délivrance normale. Les enfants morts.

Dystocies fœtales.

I. **Gros enfant.** — Dans 2 cas, l'accouchement fut rendu difficile par le volume de l'enfant.

L'un de 4 kil. 800, l'autre de 4 kil. 950.

Le premier fut extrait par forceps, le second, après un accouchement pénible par dystocies des épaules.

II. **Les présentations dystociques.** — Plus nombreuses ; c'est ainsi que nous relevons :

a) Sièges, 15 ;

b) Faces, 2 ;

c) Front, 1 ;

d) Épaule, 2 ;

e) Gémellaire, 12.

a) *Présentation du siège.* — Nous relevons 15 observations, parmi lesquelles 9 sièges complets.

Nous noterons l'observation 110 qui nécessita une application de forceps sur tête dernière.

Les sièges décomplétés sont au nombre de 6.

On y remarque l'observation 322 : femme de 30 ans, accouchement prématuré de 3 fœtus.

Dans 1 cas, observation 524, nous noterons la présence d'un fibrome.

Dans tous les autres cas, l'expulsion du fœtus fut spontanée et l'on n'eut recours qu'à la manœuvre de Mauriceau après abaissement du pied antérieur.

Parmi ces accouchements :

Mort-nés, 2.

b) *Présentation de la face* (2 obs.) :

Obs. 336. — Multipare. Accouchement spontané d'un enfant vivant.

Obs. 717. — Accouchement spontané d'un enfant vivant.

Nous n'avons pu retrouver la cause de l'anomalie de ces deux présentations.

c) *Présentation de l'épaule* (2 obs.) :

Obs. 95. — Multipare. Réduction par manœuvres internes. Enfant vivant.

Obs. 297. — XII-pare. Grossesse gémellaire. Le deuxième fœtus seul arrive par l'épaule. La présentation fut réduite par une manœuvre interne. Enfant vivant.

d) *Présentation du front* :

Obs. 345. — II-pare. Dystocie annulaire de Demelin. Réduction en sommet. Forceps au détroit supérieur.

e) *Grossesses gémellaires* (12 obs., 6 bi-ovulaires et 6 uni-ovulaires) :

Obs. 322. — Accouchement prématuré à six mois de 3 jumeaux. La mère était atteinte d'une aortite syphilitique.

Obs. 213. — Hydramnios d'un œuf. W. négatif.

Obs. 297. — XII-pare. Procidence du cordon. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes. 2 enfants vivants. Les 11 premières grossesses eurent des présentations normales.

Obs. 699. — II-pare. Femme de 31 ans. Avait de l'albumine à son entrée à la Clinique. Accouchement prématuré, sept mois. 2 fœtus araignées. 1 placenta.

Obs. 800. — Multipare. Accouchement provoqué. Première présentation sommet, deuxième transversale.

Parmi toutes ces femmes, une seule eut un W. positif. Les trois fœtus étaient mort-nés.

Un seul cas (obs. 375) nécessita une application de forceps. Enfant vivant.

CHAPITRE V

Pathologie des suites de couches.

1° *Hémorragie de la délivrance* (6 obs.) :

Obs. 133 et 294. — Hémorragies dues à l'inertie utérine.

Obs. 210. — Fissure du segment inférieur. Tamponnement. Sérum adrénaliné intraveineux.

Ces femmes guérirent.

2° *Infection utérine grave* (28 cas, 25 infections utérines, 3 phlébites).

Toutes furent traitées par le novarsénobenzol ou le sulfarsénol.

La conduite de ce traitement nous a été tracée de façon magistrale par notre camarade Lapervenche, dans sa thèse médicale :

« Si la fièvre dépasse 37°5 température axillaire, on injecte :

Soit 0,15 de N. A. B. ;

Soit 0,12 de sulfarsénol.

» Si la fièvre et le pouls semblent indiquer que l'affection est tenace, nous recommençons une injection. Nous nous arrêtons le troisième jour et nous reprenons dans les cas sévères, deux jours d'injection et même trois jours d'affilée et un jour de repos.

» Les contre-indications rares sont : l'urémie et les troubles hépatiques graves. »

Les voies d'injection sont :

Intraveineuse : N. A. B. ; .

Sous-cutanée : Sulfarsénol.

Il nous paraît intéressant de citer les observations où les malades ont été traitées par voie sous-cutanée.

Ainsi que le fait remarquer le docteur Lapervenche, c'est la voie la plus simple et celle que préfèrent employer les médecins de campagne.

Observations.

Obs. 420. — Primipare, 20 ans, R. B. W. négative ; deux jours après son accouchement, perte fétide chocolat ; douleur utérine, T., 39 degrés au quatrième jour.

4 août : 0,15 N. A. B.

6 août : 0,15 N. A. B.

8 août : 0,15 N. A. B.

9 août : Huile camphrée spartéine.

10 août : Malade adynamique prostrée.

17 août : Sulfarsénol, 0,12.

20 août : Sulfarsénol, 0,16.

Guérie le 30 août.

Obs. 49. — Primipare, 24 ans, R. B. W. négatif. Frissons deux jours après l'accouchement ; T., 39°4 ; sulfarsénol, 0,12.

Cinq jours après, guérie.

Obs. 714 bis. — Phlébite double. Sulfarsénol. Fièvre tombe ; malade guérie.

Obs. 782. — Phlébite gauche. Sulfarsénol ; guérison rapide.

Disons, pour terminer avec ce chapitre, que sur les 861 accouchements faits à la clinique, il y a eu :

1 cas de broncho-pneumonie ;

3 cas de grippe ;

2 cas de pyélonéphrite ;

1 cas de galacto-phorite ;

1 cas de phlegmon du ligament large.

CHAPITRE VI

Interventions obstétricales.

I. Forceps.

On a fait 59 applications :

a) *Détroit supérieur* :

- 3 pour bassin rétréci ;
- 3 pour souffrance fœtale ;
- 1 pour placenta prævia ;
- 1 pour mauvais état de la mère.

b) *Excavation* :

- 17 pour souffrance fœtale ;
- 10 pour longueur du travail ;
- 4 pour inertie utérine ;
- 1 dans un cas d'éclampsie ;
- 2 tête dernière ;
- 2 pour mauvais état général ;
- 2 pour inertie utérine dans des grossesses gémellaires.

c) *Détroit inférieur* :

- 2 pour longueur du travail ;
- 9 pour souffrance fœtale ;
- 1 pour éviter des efforts (après myomectomie) ;
- 1 dans un cas d'éclampsie.

II. Version par manœuvres internes (5 obs.) :

2 fois pour présentation de l'épaule, les 3 autres fois pour procidence du cordon, pour placenta prævia, et enfin pour présentation du front après échec de forceps.

III. Version par manœuvres externes :

- a) Pendant la grossesse, dans 2 cas de présentation du siège ;
- b) Pendant le travail, dans une présentation de l'épaule et un siège.

IV. Dilatation bimanuelle (6 obs.).

V. Césarienne.

Il a été parlé des césariennes dans le chapitre des dystocies maternelles.

VI. Délivrance artificielle (22 obs.) :

- 15 après césarienne ;
 - 4 pour inertie utérine ;
 - 2 fois pour placenta prævia ;
 - 1 fois pour adhérence normale.
-

CHAPITRE VII

Pathologie du nouveau-né.

Malformations fœtales.

Nous trouvons 5 observations :

OBS. 250. — Encéphalocèle. Femme 30 ans. Spécifique. VI-pare. L'enfant mourut deux heures après la naissance.

OBS. 413. — Paralysie faciale. Céphalématum. Femme 32 ans. Primipare. Application de forceps. Enfant vivant.

OBS. 463. — Ophtalmie purulente secondaire. III-pare. 21 ans. L'enfant revient douze jours après sa sortie de l'hôpital.

OBS. 607. — Infection du tube digestif.

OBS. 608. — Spina-bifida. Opération.

Mortalité infantile.

I. Fœtus mort-nés (36 obs.).

II. Enfants morts après naissance (9 obs.).

OBS. 124. — Spécifique.

OBS. 282. — 5 jours. Broncho-pneumonie.

OBS. 308. — 3 jours. Spécificité.

OBS. 433. — 1 jour.

OBS. 445. — 1 jour. Hémorragie méningée.

OBS. 475. — 5 jours. Ictère grave.

OBS. 565. — 4 jours.

OBS. 569. — 2 jours. Forceps grave.

OBS. 645. — 6 heures après siège.

CHAPITRE VIII

Mortalité maternelle (4 obs.).

OBS. 688. — Mort subite dix-neuf jours après l'accouchement.

OBS. 614. — Éclampsie. Décédée quatre heures après l'accouchement.

OBS. 246. — Décédée quinze heures après son entrée à la clinique, dix heures après son accouchement. Éclampsie.

OBS. 267. — Primipare. Décédée une heure après son entrée, demi-heure après l'accouchement. Éclampsie.

CHAPITRE IX

Les travaux scientifiques faits à la clinique.

1° Anesthésiques.

Notre camarade le docteur Mendy a résumé dans sa thèse les résultats de l'anesthésie par l'hémypnal.

Le docteur Lagorce ceux de l'anesthésie par le somnifène intraveineux qu'il fait à la dose de 6 à 8 cc.

Il est amené à penser que cette méthode d'anesthésie est l'une des bonnes méthodes actuelles, car elle amène une suppression complète des douleurs, sans danger pour la mère et l'enfant.

2° Infection puerpérale.

Le traitement par le sulfarsénol et le N. A. B. de cette redoutable complication des suites de couches a été étudié par le docteur Lapervanche. Nous avons déjà donné au chapitre des suites de couches la conduite du traitement.

Nous insisterons sur les beaux résultats de la méthode. Comme peut heureusement le constater le docteur Lapervanche :

« Depuis l'institution du traitement de l'infection puerpérale par le sulfarsénol et le N. A. B., il n'y a eu aucun décès à la clinique obstétricale. La mortalité y était auparavant de 0,30 p. 100 en moyenne dans les vingt-cinq dernières années. »

3° Les grossesses gémellaires.

Leur étude fait l'objet de la thèse du docteur Beurrois qui, après en avoir recherché les causes, montre combien la radiographie, méthode sûre de diagnostic, diminue les surprises de l'accouchement et permet de mettre assez tôt la femme au repos, évitant souvent ainsi un accouchement prématuré.

CONCLUSIONS

Arrivé à la dernière page de notre travail, nous insisterons sur deux ordres de faits qui nous paraissent les plus intéressants à relever :

1° L'emploi de la césarienne et en particulier de la méthode de Portes, qui toutes les fois où elles furent appliquées ont donné les meilleurs résultats, tant pour la mère que pour l'enfant, prévenant la plus dangereuse des dystocies et parant aux plus graves accidents de couches ;

2° L'utilisation des arsénobenzolés dans le traitement des infections puerpérales ; nous avons exposé que dans tous les cas où cette thérapeutique fut employée on n'a pas relevé un seul cas de mortalité.

Enfin, nous espérons que cette simple statistique établit le rôle social indiscutable des œuvres d'assistance à la femme enceinte, dont l'activité de plus en plus grande permet de découvrir à l'avance de nombreuses dystocies et de faire bénéficier un plus grand nombre de femmes des soins qu'elles sont assurées de trouver à la clinique obstétricale.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

M. RIVIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 juillet 1925.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	9
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE PREMIER. — <i>Causes de l'augmentation du nombre des accouchements à la clinique de Bordeaux</i>	13
Statistique générale.....	13
CHAPITRE II. — <i>Avortements</i>	16
CHAPITRE III. — <i>Accouchements prématurés spontanés</i>	17
CHAPITRE IV. — <i>Les dystocias</i>	18
I. Dystocias maternelles.....	18
1° Conformation du bassin.....	18
2° Parties molles.....	20
3° Procidences.....	21
4° Maladies générales.....	21
a) Tuberculose.....	22
b) Syphilis.....	22
c) Éclampsie.....	22
d) Albuminurie.....	22
II. Dystocias fœtales.....	23
1° Gros enfant.....	23
2° Présentations dystociques.....	23
a) Présentation du siège.....	23
b) Présentation de la face.....	23
c) Présentation de l'épaule.....	24
d) Présentation du front.....	24
e) Grossesses gemellaires.....	24
CHAPITRE V. — <i>Pathologie des suites de couches</i>	25
1° Hémorragies de la délivrance.....	25
2° Infection utérine grave.....	25

CHAPITRE VI. — <i>Interventions obstétricales</i>	27
1° Forceps.....	27
a) Déroit supérieur.....	27
b) Excavation.....	27
c) Déroit inférieur.....	27
2° Version par manœuvre interne.....	27
3° Version par manœuvre externe.....	28
4° Dilatation bimanuelle.....	28
5° Césariennes.....	28
6° Délivrance artificielle.....	28
CHAPITRE VII. — <i>Pathologie du nouveau-né</i>	29
Malformations fœtales.....	29
Mortalité infantile.....	29
CHAPITRE VIII. — <i>Mortalité maternelle</i>	30
CHAPITRE IX. — <i>Les travaux scientifiques faits à la clinique</i>	31
1° Anesthésiques.....	31
2° Infection puerpérale.....	31
3° Grossesses gémellaires.....	31
CONCLUSIONS.....	33

